



**AVISO DE TRANSFERENCIA O DE ALTA
NOTICE OF TRANSFER OR DISCHARGE**

NOMBRE DEL RESIDENTE	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE REPOSO
----------------------	--------------------------------------

Este aviso contiene información de importancia sobre sus derechos legales. Si no lo entiende, pida a algún pariente o amigo que le ayude, o vea el reverso de este formulario para informarse cómo conseguir ayuda.

Este es para avisarle que _____ tiene intenciones de transferirle o darle
ESTABLECIMIENTO

el alta para _____ el _____. La razón para esta acción es:
LOCALIDAD FECHA

1. Para su bienestar, es necesario transferirle o darle de alta, además que este establecimiento no puede satisfacer sus necesidades porque (explique el motivo):

2. Su salud ha mejorado lo suficiente que ya no necesita los servicios que este establecimiento provee.

3. La seguridad o salud de personas en este establecimiento se ve en peligro a consecuencia de (explique):

4. Después de haberle dado aviso razonable y adecuado, usted no ha pagado los cargos que le corresponden por su estadía en este establecimiento.

El saldo que tiene pendiente es \$ _____
MONTO

Tiene derecho a apelar esta decisión así como se explica al reverso de este formulario.

La persona del hogar de reposo que puede ayudarle a mudarse a otro sitio, o a enviar su petición de audiencia de acuerdo a lo descrito al reverso de este formulario, es:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO DE REPOSO TÍTULO

FIRMA DEL PERSONAL DEL HOGAR DE REPOSO	TÍTULO	FECHA
--	--------	-------

Lea el reverso de este formulario para información de importancia sobre sus derechos legales.

Copias a: Representante del Residente (si fuera adecuado) _____ (nombre)

Administrador de Encuesta del Distrito (Razones 1, 3, y 4 arriba) _____ (nombre)

Administrador de Caso HCS (Razón 2 arriba) _____ (nombre)

DERECHOS DE APELACIÓN

Tiene derecho a apelar esta decisión presentando una petición de audiencia a la Oficina de Audiencias Administrativas del Estado de Washington. Puede hacer su petición en cualquier momento, dentro de los 90 días después de la fecha en que reciba este aviso de transferencia o de alta.

Sin embargo, para poder continuar en el establecimiento de reposo hasta que el asunto sea resuelto en la audiencia, su petición de audiencia debe ser recibida en la Oficina de Audiencias Administrativas en, o antes de la fecha propuesta para transferirle/darle de alta, y que es indicada en la página frontal de este formulario.

Si no apela, o si la decisión del juez en la audiencia respalda la decisión del establecimiento de reposo, éste puede proceder con su transferencia o alta.

Si decide pedir una audiencia, tiene derecho a presentarse en persona a la audiencia, y a tener a alguien (pariente, ombusman /mediador, abogado, u otra persona) que le represente. Se adjunta un formulario para pedir audiencia para que use si lo desea.

Envíe su petición de audiencia a:

OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-89

Teléfono: 1-800-583-8271
FAX: (360) 586-6563

El representante del Establecimiento de Reposo nombrado en la página frontal de este formulario puede ayudarle con su petición de audiencia.

FUENTES DE AYUDA AJENAS AL ESTABLECIMIENTO DE REPOSO

Intercesores para residentes:

STATE LONG TERM CARE OMBUDSMAN
1200 S 336TH ST
FEDERAL WAY WA 98003

Teléfono gratis: 1-800-562-6028

Servicios legales: El Ombudsman de Cuidado a Largo Plazo del Estado puede ayudarle a localizar servicios si fuera necesario.

Para personas con impedimentos al desarrollo o enfermedad mental:

WASHINGTON PROTECTION AND ADVOCACY SYSTEM
1401 E JEFFERSON ST, SUITE 506
SEATTLE WA 98122

Teléfono gratis: 1-800-562-2702